由利本荘市　確認作業チェックリスト

**別紙１**

定期的に以下の項目が実施されているか確認してください。

　事故が発生した場合、このチェックリストについて提出を求める場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| **場面** | **チェック項目** |
| 平常時 | □　①各ワクチンの添付文書で確認し、適正に保管する。  □　②ワクチンの種類別に整理し、使用予定数を確保する。  □　③有効期限までの日数が長いものは奥に、短いものは手前に置く。  □　④保管庫の温度や在庫数、有効期限をワクチン管理台帳等に記録し、確認する。 |
| 受付時 | □　①対象者の住所、氏名（フルネーム）、年齢、生年月日を確認する。  □　②予防接種の種類と回数の確認をする。  □　③対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。  □　④接種歴の確認をする。( **母子健康手帳やカルテ等の予防接種欄を必ず確認!!** )  □　⑤直前の予防接種実施日からの間隔の確認をする。  □　⑥予診票の質問事項がすべて回答されているか確認する。  □　⑦検温をし、体温の確認をする。 |
| 問診時 | □　①対象者の住所、氏名（フルネーム）、年齢、生年月日を確認する。  □　②予防接種の種類と回数の確認をする。  □　③対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。  □　④接種歴の確認をする。( **母子健康手帳やカルテ等の予防接種欄を必ず確認!!** )  □　⑤直前の予防接種実施日からの間隔を確認する。  □　⑥接種前の検温の確認をする。  □　⑦予診票に記載漏れがないか確認する。  □　⑧予診票の質問事項への回答から、接種を実施してもよい対象か確認する。  □　⑨診察を実施し、体調を確認する。  □　⑩被接種者または保護者の不明な点や不安な点を聞き、十分な説明を行う。  □　⑪医師記入欄に署名又は記名押印する。  □　⑫被接種者または保護者の承諾サインをもらう。 |
| 接種前 | □　①ワクチンの種類及び有効期限を確認する。  □　②ワクチンの外観を確認する。  □　③ワクチンの添付文書を確認し、適正に溶解・攪拌する。  □　④ワクチンの接種量、シリンジと針の接続を確認する。  □　⑤接種方法を確認する。  □　⑥**予診票や母子健康手帳の内容等について最終確認**する。  □　⑦被接種者や保護者にも希望の種類と回数について最終確認する。 |
| 接種後 | □　①使用済み注射器はリキャップせずに、速やかに適正に廃棄する。  □　②予診票・診療録等に接種年月日・ロット番号等接種後の記載を行う。  □　③母子健康手帳（予防接種記録手帳等）や接種済証に必要事項を記載する。  □　④予診票を適切な場所へ回収、保管する。  □　⑤接種終了後の注意事項や対処方法について説明する。  □　⑥副反応に備え、接種後30分程待機してもらう。 |
| 全般 | □　①複数人で声出し確認している。  □　②関係マニュアルを担当スタッフで確認している。 |

確認年月日　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　確認者

　　　　　由利本荘市　定期予防接種　間違い接種報告

**別紙2**

　提出日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 間違いに係わる被接種者数 | 名 | | | |
| 被接種者  （複数人の場合は  リスト添付） | 氏　　名 | | 生年月日：　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | |
| 住　　所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| 予防接種日  （間違い発生日） | 年　　　　月　　　　日 | 間違い発覚日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 市へ報告した日 | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| ワクチン | 種 類：  メーカー：  ロット番号： | | | |
| 間違いの概要と原因 | （間違いの発覚の経緯と事故発生時の原因、状況等を簡潔に記載） | | | |
| 健康被害の有無  （健康被害が発生している場合はその内容） | ※副反応の報告：　　有　　無 | | | |
| 被接種者(または保護者)への説明 | 説明日：　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日　（説明者：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  説明した相手：  内容（事故の概要・今後のフォロー・費用負担等について説明した内容を簡潔に記載） | | | |
| 再接種または  検査の有無 | 再 接 種　：　　有　　　無　　　検討中　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  抗体検査　：　　有　　　無　　　検討中　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  血液検査　：　　有　　　無　　　検討中　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

【報告者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種を実施した医療機関 |  |
| 職種　　名前 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

事故が発生した場合、この報告様式について提出を求める場合があります。収まらない場合は任意の様式に記載し添付してください。不明な点は由利本荘市健康づくり課へお問い合わせください。

由利本荘市　定期予防接種　今後の対策について

**別紙3**

宛先：由利本荘市　健康福祉部　健康づくり課

提出日：　　　　　　年　　　　月　　　　日

医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　報告者：

|  |  |
| --- | --- |
| 今回の経緯 （誤接種の概要） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 今回の原因 | 今後の対策 |
| 平常時 |  |  |
| 受付時 |  |  |
| 問診時 |  |  |
| 接種前 |  |  |
| 接種後 |  |  |
| その他 |  |  |
| 特記 |  | |

事故が発生した場合、この報告様式について提出を求める場合があります。

原因と考えられるものを全て記載し、その対策も具体的に記載してください。

1枚で収まらない場合には複数枚で報告してください。

報告先：由利本荘市健康づくり課　　ＦＡＸ 24-0481　 　Ｍａｉｌ　　ｋｅｎｋｏ＠ｃｉｔｙ．yｕｒｉｈｏｎｊｏ．lｇ．jｐ